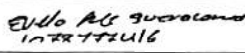
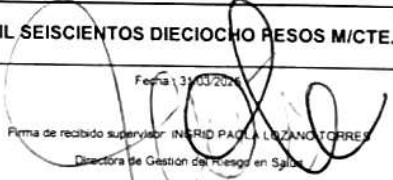
	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50					
			VERSIÓN: 4					
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		PÁGINA: 1 DE 1					
		FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD		UNIDAD:		Equipos Básicos Extramurales Hogar				
No. DE CONTRATO: 9637-2024		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: INGRID PAOLA LOZANO TORRES			1	3	2025	31	3	2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EVELIO ARCE QUERAGAMA		DOCUMENTO: 1078177416						
OBJETO DEL CONTRATO: GESTOR COMUNITARIO								
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%								
OBLIGACIONES ESPECIFICAS			ACTIVIDADES REALIZADAS					
1.Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los EBEH de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.			Seguir los lineamientos, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la subred, que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato					
2.Estructurar y desarrollar sesiones de información, educación y comunicación, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en las diferentes acciones del convenio.			Participar en capacitaciones, socializaciones y realizacion de encuestas y modulos con temas de calidad.					
3.Implementar acciones de promoción, mantenimiento y recuperación para el cuidado de la salud familiar, así como la activación de rutas integrales por medio del procedimiento de canalizaciones en caso de ser necesario.			Se realiza actividades de fortalecimiento de capacidades con la comunidad acerca del autocuidado, enfermedades prevalentes tanto en menores de edad como en adultos y paralelamente.					
4.Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revisión de acuerdo a los requerimientos técnicos propios de cada línea.			Se realiza entrega de formato físico soporte de firmas de actividades realizadas					
5.Promover en la población de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente prácticas de autocuidado y desarrollo integral, en las temáticas definidas para abordaje desde los EBEH.			Brindar atención desde la medicina ancestral o acompañamiento a unidad asistencial en salud, de los usuarios UPI Florida y en las unidades donde se encuentren usuarios hospitalizados que lo requieran					
6.Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para garantizar el desarrollo de la operación,			Los gestores tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud. Desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.					
7.Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/o herramientas ofimáticas, propias de cada línea de trabajo, con las características de calidad y pertinencia técnica esperados.			Se realiza entrega de formato físico soporte de firmas de actividades realizadas					
8.Aportar al proceso de archivo, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.			N/A					
9.Participar activamente en las jornadas y/o actividades de vacunación programadas por la institución, así como la búsqueda activa de población pendiente por iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación.			N/A					
10.Dar respuesta a los requerimientos y solicitudes asignadas, de manera oportuna, clara y de acuerdo a los estándares de calidad de la Subred.			Los gestores tendrán como objetivo facilitar la comunicación (traducción) entre la comunidad y los equipos de salud. Desde su saber propio contribuirán a las acciones de educación en temáticas de salud, así como el acompañamiento a citas médicas.					
11.Demas acciones acorde a su perfil que sean requeridos por la Subred Integrada de Salud Norte E.S.E.			N/A					
OBSERVACIONES:								
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2'346.618 DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE.								
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC. 1078177416			 Firma de recibido supervisor: INGRID PAOLA LOZANO TORRES Directora de Gestión del Riesgo en Salud					
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.								